UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1940-1941

N° 2

DES ÉVENTRATIONS

APRÈS LE MICKULICZ

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 2 Octobre 1940

PAR

Henri-Jean-Léon TERRAL

Né à Bordeaux (Gironde), le 3 février 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUPÉRIÉ, professeur .....

JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*

MAGENDIE, agrégé.....

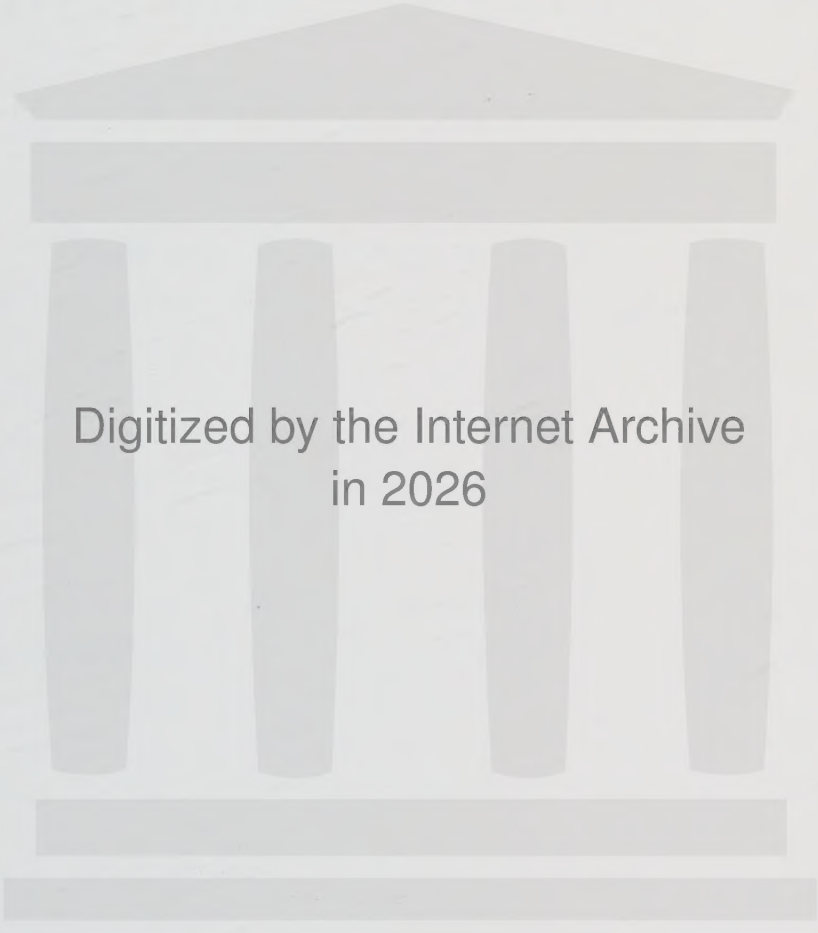
BORDEAUX

—

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

—

1940


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1940-1941

N° 2

DES ÉVENTRATIONS

APRÈS LE MICKULICZ

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 2 Octobre 1940

PAR

Henri-Jean-Léon TERRAL

Né à Bordeaux (Gironde), le 3 février 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUPÉRIÉ, professeur .....

JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*

MAGENDIE, agrégé.....

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Pergue

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC.
Assesseur ..... M. LABAT.
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPERIE.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RECHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Zoologie et parasitologie	N.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.
Physiologie	FABRE.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale). CHARRIER (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FRANCK.
Médecine générale	PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY. FONTAN.
Chirurgie générale	BROUSTET. DERVILLEE. SARIC. DUBARRY. LOUBAT. MASSE. DARGET. MAGENDIE. POUYANNE.

	MM.
Obstétrique	RIVIERE. MAHON.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	AURIAC.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	CASTAGNOU.
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD. GRANGER.
Histoire naturelle médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

BIBLIOTHÈQUE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGERE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine légale	DERVILLEE
Urologie	DARGET.
Législat. pharmaceutique.	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé).

	MM.
Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Anatomie	J.BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde tendresse et de mon infinie reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MA FIANCEE

Faible témoignage
de ma tendresse.

A MON FRERE

A MA SŒUR

Vous qui m'êtes si chers.

A MON BEAU-FRERE

LE DOCTEUR RAYMOND AIGROT

MÉDECIN-CAPITAINE DES TROUPES MÉTROPOLITAINES

Auprès de qui j'ai trouvé maintes fois les conseils d'un praticien averti et toujours les encouragements d'une chaude affection.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A MES COMPAGNONS D'ARMES
DU 2e RÉGIMENT DE TIRAILLEURS MAROCAINS

A MES MAITRES

A MES JUGES

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur J. SABRAZES

PROFESSEUR HONORAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
ET MICROSCOPIE CLINIQUE
MÉDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT
MEMBRE ASSOCIÉ DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Pendant deux ans, avec une bienveillance infinie, vous nous avez admis à vos côtés au laboratoire d'anatomie pathologique du Centre anticancéreux, nous initiant à l'art de faire du cancer expérimental et nous communiquant votre passion pour ces recherches ardues mais si pleines d'attrait. Auprès de vous nous avons bénéficié de votre profonde expérience et de votre immense savoir.

Permettez-nous de vous exprimer toute notre reconnaissance et de vous donner l'assurance que nous en garderons un souvenir impérissable.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a suggéré le sujet de cette thèse et nous a permis de puiser dans son service de clinique chirurgicale toute la documentation nécessaire.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner toute notre gratitude et notre profond respect.

INTRODUCTION

Avec les progrès de l'Asepsie et des techniques chirurgicales, les éventrations post-opératoires ont diminué de fréquence. Cette complication s'observe encore à la suite de certaines laparotomies où le drainage commandé par la nature septique des lésions ou une hémostase difficile et par suite imparfaite, empêche la réunion primitive.

Ces « hernies de cicatrice » sont encore chose banale, et un chirurgien à la tête d'un grand service hospitalier opère chaque année quelques éventrations.

Toutefois, nous ne nous rangerons pas à l'avis de M. Millot, qui, dans sa thèse (Paris 1902), affirme que, « consécutivement à l'emploi du Mickulicz, l'éventration est la règle » et nous conclurons après l'examen des observations cliniques de 10 ans de pratique du Mickulicz faites dans le service de Clinique chirurgicale de M. le professeur Guyot, que l'éventration après drainage au Mickulicz est une rareté.

Après une courte étude des causes d'apparition de l'éventration et de son mécanisme, nous présenterons à la lumière de quelques observations cliniques les résultats du drainage à la Mickulicz dont nous rappellerons au passage les indications et la technique opératoire.

CHAPITRE PREMIER

LES EVENTRATIONS POST-OPERATOIRES

Définition des éventrations post-opératoires.

Sous le nom d'éventration, il faut comprendre avec la plupart des chirurgiens modernes, les hernies qui se font sur un point quelconque de la paroi abdominale où n'existe pas normalement d'orifice pouvant donner issue aux viscères, ni de surface de faible résistance pouvant les laisser passer sous l'influence de la pression exercée par eux sur cette surface.

L'éventration est une hernie de la paroi abdominale qui se différencie de la hernie proprement dite par les caractères suivants :

La hernie ordinaire est la sortie hors de l'abdomen d'une partie d'intestins ou d'épiploon par un orifice existant normalement dans la paroi. Elle est le plus souvent de dimension moins étendue que l'éventration et possède un collet.

L'éventration est une hernie de vastes dimensions à large orifice et sans collet; elle est due, comme le dit le professeur Legueu dans ses leçons de clinique chirurgicale, à un véritable effondrement de la surface de la paroi abdominale amincie par une cause pathologique ou déchirée par un effort physique qui laisse passer un paquet intestinal.

Au Congrès de Genève en 1896, Le Torre définit l'éventration : « entre hernie et éventration, il existe une différence de volume; l'éventration est la sortie d'une partie des viscères ou de plusieurs viscères abdominaux à travers les muscles droits à la suite de la distension de la cicatrice qui les réunissait ou par la déchirure de cette cicatrice; ou encore par le point de la réunion primitive des bords aponévrotiques ».

Labadie-Lagrave la définit ainsi : « A la suite de la laparotomie, on a vu après l'ablation des fils, la paroi se disjoindre sous l'influence d'un effort et les intestins s'échapper à l'extérieur, causant une éventration... En général, ce n'est que plus tard que la cicatrice abdominale jusqu'alors solide et assez bien constituée se distend en tout ou en partie, et se soulève ; et dans le soulèvement ainsi formé, les anses intestinales ou l'épiploon s'engagent, constituant une variété de hernie dite éventration post-opératoire ».

Dans le Dictionnaire de Jaccoud, nous trouvons la définition suivante : « l'éventration, synonyme de hernie ventrale, est une hernie qui survient sur les parois abdominales antérieures et latérales dans d'autres points que la ligne blanche et les anneaux naturels à travers un écartement spontané ou traumatique des fibres musculo-aponévrotiques de ces parois. » Certains auteurs modernes prétendent qu'il peut y avoir éventration sans hernie ; mais, en général, il faut entendre « un orifice anormal ou accidentel existant dans la paroi abdominale, antéro-abdominale, en d'autres points que la ligne blanche et les anneaux naturels ». Cet orifice est dû à l'écartement spontané des fibres musculo-aponévrotiques de la paroi. Il constitue une porte toujours ouverte pour la sortie des viscères qui peut être soit intermittente, c'est-à-dire se faire seulement sous l'influence des efforts, soit constante et former alors une hernie ventrale. »

Classification.

Comme le dit très bien Tournemelle (dans sa thèse de Paris, 1901), les éventrations post-opératoires peuvent être groupées du point de vue pathogénique sous les quatre titres suivants : technique imparfaite, action mécanique, hématomes, infection. Dans le cas que nous étudions, le cas d'éventration consécutive à l'emploi du drainage à la Mickulicz, c'est de l'infection, de la cicatrisation secondaire de la plaie que relève cet accident. La question ne se discute plus aujourd'hui.

A un moment donné, Mac Burney, en Amérique, et plu-

sieurs de ses collègues prétendaient, avec la suppuration de la paroi et la cicatrisation secondaire, obtenir des cicatrices plus solides dans la cure radicale des hernies. Cette opinion a fait son temps, et tout le monde pense avec Lucas-Championnière (dans le *Traité des hernies*), que « les cicatrices vraiment puissantes, vraiment solides sont celles qui ont été faites par première intention ».

Suivant le siège de l'incision, laquelle peut être médiane, latérale ou postérieure, varie le siège même de l'éventration.

L'incision médiane siège classiquement au-dessus ou au-dessous de l'ombilic, l'intéressant ou le dépassant bien souvent.

Les incisions latérales, celles de l'appendicite en particulier, donnent une grande proportion d'éventrations.

Quant aux incisions postérieures sur le bord extérieur de la masse sacro-lombaire au niveau de la loge rénale, elles se compliquent parfois de hernies plus ou moins volumineuses qui exigent un traitement chirurgical défini dans la thèse de Casteigt (Bordeaux, 1939).

Le *siège de l'incision* a-t-il quelque influence sur la production de l'éventration ? Il est possible que cet accident soit plus fréquent dans les incisions sous-ombilicales et, à ce propos, Glénard et Laroyenne invoquent la destruction du muscle pyramidal. Il nous semble, qu'en plus, il faut admettre le rôle de la *pression abdominale* laquelle augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche du pubis. Enfin, il faut bien dire pour expliquer la plus grande fréquence de l'éventration ou du moins son point de départ à la partie inférieure de la cicatrice, que c'est là qu'on place le drainage et que c'est à ce niveau que la paroi est la plus affaiblie.

Suivant la date d'apparition. — La cicatrice, après l'ablation du drainage, présente tous les caractères des cicatrices secondaires : elle est large et mince, brune, d'aspect gaufré. Le tissu fibreux qui la constitue se laisse facilement distendre ou déchirer et l'éventration apparaît.

Dans certains cas, cette réunion manque complètement, il n'y a pas de cicatrice; le péritoine, les aponévroses, les muscles et la peau désunie livrent passage à la masse intestinale. Ces faits ont été groupés par M. le professeur Chavannaz sous le titre d'« éviscération spontanée », c'est « l'issue spontanée d'une partie des viscères abdominaux à travers les différentes couches de la paroi ventrale au niveau même, ou dans le voisinage immédiat, soit de la ligne de section, soit de la cicatrice qui lui a succédé ». Ces ruptures de suture ou de cicatrice portent le nom d'éventrations aiguës post-opératoires, qu'elles se produisent avant ou après la formation de la cicatrice, qu'elles soient précoces ou tardives.

Au point de vue anatomique, nous distinguerons :

L'éventration aiguë qui est d'apparition *précoce*, quelques jours à peine après l'ablation du Mickulicz; elle est *totale* en ce sens que toutes les couches de la paroi sont rompues et les viscères à nu dans la brèche pariétale. Elle est exceptionnelle et de pronostic très grave.

L'éventration chronique, d'apparition *tardive*, se présente plus fréquemment; elle est *partielle*, la peau doublée du péritoine forme toujours à l'intestin hernié une enveloppe protectrice. C'est cette dernière variété, de beaucoup la plus fréquente, que nous nous sommes proposé d'étudier.

ETIOLOGIE

Dans ce chapitre nous étudierons tous les facteurs qui concourent à la formation des éventrations. Le Mickulicz ne doit pas être seul mis en cause, car il n'est qu'une des causes favorisantes parmi tant d'autres qui lui sont souvent associées.

Au point de vue étiologique, les causes les plus fréquentes d'éventration post-opératoire peuvent être groupées en causes déterminantes et causes prédisposantes.

Les causes déterminantes.

On a invoqué des **détails de technique opératoire** tels que :

1° La *suture en masse* que l'on est quelquefois forcé d'utiliser lorsque la vie de l'opéré est mise en danger par une anesthésie et une intervention trop longue. Cette suture en masse préconisée par Ricard, Routier, Pierre Delbet, est très rapide, supprime du point de vue opératoire les espaces morts, mais elle n'est pas très robuste et favorise l'apparition des éventrations. Nous ne la citons ici, qu'à titre historique, car depuis les travaux de Pozzi, Gérard Marchant, Quénu, elle a vécu, ayant été avantageusement remplacée par la suture par étages, suture plan par plan, couramment utilisée par tous nos chirurgiens contemporains.

2° On a beaucoup critiqué et définitivement condamné la *suture du péritoine à distance des bords de section* : l'aiguille chargeant la séreuse sur une trop grande largeur provoquait un adossement du péritoine en forme d'angle à sommet cicatriciel dont l'ouverture était toute préparée pour recevoir la

poussée intestinale. C'est là un défaut de technique que nous ne citons que pour dire qu'une suture minutieuse du péritoine, en affrontant rigoureusement les tranches de section, met l'opéré à l'abri de cette grave complication post-opératoire. Cette critique est aussi valable pour les sutures musculaires et aponévrotiques qui seront faites avec le plus grand soin.

3° On a encore incriminé comme cause de l'éventration post-opératoire le *surjet* qui est habituellement utilisé pour suturer les plans musculo-aponévrotiques. De pratique courante, de réalisation très rapide, ce point continu constitue pour certains auteurs, au cours des infections post-opératoires de la tranche de section, un trajet que suivrait le pus contaminant de proche en proche toute l'incision. On peut, nous semble-t-il, essayer de remédier à cet inconvénient en utilisant un surjet qui, tous les 3 à 4 passages, est arrêté par un nœud pris dans le surjet lui-même. C'est là un artifice technique couramment employé par nos chirurgiens qui recherchent ainsi une suture plus robuste et évitent ainsi cette infection de proche en proche, cause d'éventrations par désunion de la plaie infectée.

Les causes mécaniques sont les plus fréquentes et se présentent sous des aspects très variés mais toujours elles concourent à augmenter la tension intra-abdominale et peuvent se résumer en un seul mot : *l'effort*. Effort qui peut se manifester de différentes façons.

Au réveil, l'opéré peut être agité, pousser des cris, délirer même ou bien être pris de vomissements, de quintes de toux dus à l'anesthésique : éther, chloroforme. Dans ce cas, les efforts d'expiration peuvent être si violents que, si la suture n'est pas très solide et si l'opéré n'est pas fortement maintenu par un bandage de corps bien serré, ils provoquent un tiraillement des points de suture qui se relâchent et pourra être cause d'éventration future.

La *toux*, si fréquente chez les opérés vers le 3e, 4e jour, au cours des complications pulmonaires à l'éther, a été souvent observée comme cause de l'éventration et M. le professeur

Chavannaz note que dans 24 cas la rupture s'est produite 6 fois sous l'influence d'une crise de toux.

Nous citerons encore l'indocilité des malades, qui malgré les conseils se livrent à des *mouvements intempestifs*. Le professeur Pozzi rapporte à ce sujet le cas d'un malade qui se leva le soir même de son opération et auquel il prédit une éventration qui se produisit effectivement quelques mois après. On invoque encore les efforts de défécation chez les constipés et la station debout prématurée.

Cet accident survient encore assez fréquemment vers le 10-12e jour, lors de l'ablation des crins.

Enfin plus tard ces causes mécaniques ont encore leur action et là intervient le rang social des opérés, qui contraint ceux-ci à des travaux pénibles et souvent à une reprise prématurée de leur travail. Chez ces malades en convalescence ou en parfaite guérison, l'éventration est due à un effort violent : c'est la ménagère qui remue un meuble et ressent une impression de déchirure au niveau de sa cicatrice. Plus tard, lorsque ces malades viennent consulter pour leur éventration, ils savent préciser avec certitude le jour et les circonstances d'apparition de cette hernie abdominale.

Les **hématomes** dans la suture jouent un grand rôle; en effet, pour avoir une bonne cicatrice, il est indispensable de faire une hémostase soignée. Ces hématomes peuvent être sous-musculaires ou sous-cutanés. Ils sont de volume variable. Le sang qui les constitue vient le plus souvent d'une artériole sur laquelle on a mis une pince et pas de ligature, parfois il s'agit d'un suintement en nappe provenant de la face profonde des muscles, refoulant le péritoine et constituant l'hématome.

En avant de la paroi musculaire, l'épanchement sanguin a moins d'importance, s'infiltrant dans les espaces morts du tissu cellulaire sous-cutané et de la graisse, il forme sous la peau suturée une saillie molle, pseudo-fluctuante qui vers le 6e jour prend une couleur violacée à la façon des ecchymoses. En faisant sauter 1 ou 2 points de la suture cutanée, ce sang noirâtre, coagulé, s'évacue par cette brèche et si la plaie est

aseptique, la peau se réunit facilement par seconde intention et la cicatrice peut être très solide, à condition toutefois que le plan musculo-aponévrotique n'ait pas été ouvert.

En arrière du plan musculaire, l'hématome sous-musculaire aseptique peut être bien toléré si son volume n'est pas excessif, ne dépassant pas le volume d'une noix; le sang coagulé se résorbe et laisse à sa place un point faible dans la cicatrice. Mais les gros hématomes disloquent la suture, déterminent de l'empâtement profond et s'éliminent par un trajet à travers les muscles, laissant un chemin tout tracé pour l'éventration future.

L'hématome des sutures ne constitue pas seulement un obstacle mécanique nuisible à la réunion immédiate, il peut souvent subir une transformation purulente et être le point de départ de complications qui retardent et gênent considérablement la consolidation de la paroi. Les germes pathogènes trouvent en effet dans ces collections sanguines un excellent milieu de culture où leur virulence s'accentue. D'autre part, au cours des laparotomies, l'apport microbien est presque inévitable et rien ne protège l'hématome contre le microbe puisqu'il siège dans une cavité ouverte au milieu des tissus qui viennent d'être suturés. On comprend donc pourquoi les hématomes suppurent si facilement et pourquoi sont si fréquents les abcès de la paroi.

L'infection. — Parmi les causes déterminantes des éventrations post-opératoires, l'infection de la paroi joue le plus grand rôle. Cette infection pariétale se présente sous des aspects cliniques très variés : c'est tantôt un phlegmon diffus avec température élevée, douleur aiguë; 48 heures après les points de suture sont cerclés de rouge et vers le 3e-4e jour la plaie opératoire se désunit. On remarque alors qu'elle est de couleur grisâtre et laisse suinter un liquide séro-purulent. Si l'intestin reste protégé par la suture péritonéale, le malade échappe aux dangers de la péritonite septique. Cette infection peut être localisée; il s'agit d'un abcès chaud qui occupe une partie ou toute la hauteur de l'incision; il est soit sous-cutané,

soit sous-musculaire et s'ouvre en dehors vers le 8 ou 10e jour. Le pus est épais, bien lié, fétide. Nous trouvons enfin des infections atténuées à marche torpide. Ce sont des indurations profondes bien localisées qui, du 20e au 30e jour, donnent naissance à de petits abcès.

La suppuration de la plaie relève de causes multiples et à ce point de vue l'inoculation peut être primitive ou secondaire : *primitive* par une faute d'asepsie inhérente à l'opérateur, à ses aides, ou au matériel, primitive encore, si au cours d'une intervention septique pour collection suppurée intra-pelvienne, péritonite, appendicite par exemple, le pus, des mains ou des compresses souillées viennent toucher la tranche pariétale. *Secondaire*, quand l'infection est tardive, secondaire à un pansement ou provenant d'un foyer voisin. Les tubes à drainage, et les Mickulicz servent souvent d'intermédiaires.

Toutefois, l'éventration n'est pas le corollaire forcé de l'infection pariétale et l'on peut admettre que les phlegmons développés au niveau de la suture et envahissant toute l'épaisseur de la paroi, les abcès sous-musculaires qui désunissent le plan musculo-aponévrotique sont suivis d'éventration, alors que les collections sous-cutanées et les suppurations tardives qui préparent une porte de sortie aux fils infectés en voie d'élimination sont bénignes.

Les causes prédisposantes.

Le degré de fréquence des éventrations post-opératoires varie avec les facteurs suivants qui agissent comme causes prédisposantes :

Le siège de l'incision qui peut être médiane, latérale ou postérieure. L'incision médiane est sus ou sous-ombilicale, elle s'adresse à des interventions de grande importance obligeant les chirurgiens à se donner du jour, d'où la nécessité de grandes incisions de consolidation plus difficile. La hernie débute par un point faible de la cicatrice, et le plus souvent à l'angle

inférieur par où le drain ou les mèches s'extériorisent et qui se cicatrice par seconde intention lorsque ceux-ci ont été retirés. C'est aussi à ce niveau que la pression abdominale est la plus élevée, celle-ci augmentant au fur et à mesure qu'on se rapproche du pubis.

Les incisions latérales, celle de l'appendicectomie en particulier, semblent donner une proportion d'éventrations plus élevée que celle des précédentes pour certains auteurs (2 sur 8, thèse de Damaye, Paris, 1895).

Les incisions postérieures sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, pour interventions sur la loge rénale, se compliquent parfois de hernies.

Les sections nerveuses diminuent notablement la vitalité des muscles sous-jacents. La section des rameaux nerveux est une atteinte à l'intégrité musculaire. Toutefois la paroi abdominale est innervée par un grand nombre de rameaux possédant entre eux des anastomoses très variées et de ce fait nous ne trouvons jamais de paralysie vraie, mais simplement de la parésie musculaire. L'hypotonicité musculaire provoque une asymétrie pariétale et une zone de moindre résistance au niveau de la cicatrice où la pression abdominale s'exerçant provoquera à la longue l'éventration.

Le drainage. — Quand un chirurgien hésite à fermer le ventre, il redoute deux choses : l'hémorragie ou l'infection ; le drainage pare à ces dangers. Le Mickulicz exerce une certaine compression sur les surfaces cruentées ; il est hémostatique par son tassement, draine par capillarité le sang comme le pus et constitue un excellent barrage entre les zones infectées et saines. Quelle que soit sa variété, le drainage au point de vue de l'éventration est un mal nécessaire, mais cette complication n'est pas l'apanage du Mickulicz et nous dirons volontiers avec Aufray que le « Mickulicz expose bien moins aux éventrations que le simple drain de caoutchouc à la suite duquel les éventrations sont très fréquentes ». Le drainage empêche la réunion primitive et laisse un orifice qui sera comblé par granulations secondaires ; or le tissu ainsi formé est

très souvent de mauvaise qualité et se laisse distendre facilement. Pour remédier à cet inconvénient Laroyenne a proposé les fils d'attente, cherchant à obtenir une réunion secondaire par première intention, aussitôt le Mickulicz enlevé. Ces différents procédés de drainage favorisent l'infection de la tranche de section et nous avons vu dans un paragraphe précédent le rôle qu'elle jouait dans l'apparition de l'éventration.

Dans les causes prédisposantes **l'état général du malade** tient une place énorme ; c'est de l'état de la paroi, de sa résistance que dépendra tout l'avenir de ces futurs éventrés. C'est là un facteur purement subjectif devant lequel le chirurgien ne peut pas grand chose et qui porte à lui seul la responsabilité de l'éventration

L'adipose tient ici la première place. Chez ces malades, et en particulier chez les femmes, le pannicule adipeux présente une épaisseur telle, que la graisse suinte au fond de la plaie opératoire ou par les points de suture. Il se crée des espaces morts, lobules graisseux dégénérés, qui sont le point de départ de l'éventration. En outre le tissu graisseux, dont la vitalité et le pouvoir de défense sont très faibles, est fréquemment à l'origine des infections de la cicatrice.

L'état cachectique de certains malades, amaigris par une suppuration prolongée, par une affection cachectisante, ou une lésion trop longtemps négligée, est aussi nuisible à la formation d'une bonne cicatrice que la surcharge graisseuse : la peau amincie, ridée, hypotonique de ces opérés semble trop large. A la section, la tranche est pâle, décolorée, les muscles sont d'aspect jaunâtre et paraissent sans vitalité. On a beau faire une suture minutieuse, la réunion est toujours insuffisante de même que la nutrition générale, et l'éventration apparaît.

Les parois distendues donnent elles aussi de mauvaises cicatrices ; il s'agit alors de femmes ayant eu de multiples grossesses qui rendent les tissus flasques et sans résistance, soit de malades présentant de volumineuses tumeurs abdominales : fibrome, kyste de l'ovaire, ascite abondante sympto-

matique d'un néoplasme malin, soit d'anciennes laparotomisées qui présentent un affaiblissement considérable de la sangle abdominale, terrain tout préparé pour l'éventration. Dans ces cas, une grande incision, une mauvaise étoffe, un état général affaibli sont autant de facteurs qui peuvent nous faire prévoir à coup sûr une cicatrice déficiente.

Pathogénie.

Par quel mécanisme pouvons-nous expliquer l'apparition de ces éventrations ? Lors de l'incision, la section inévitable de nombreux rameaux nerveux diminue notablement la vitalité des muscles sous-jacents qui deviennent le siège de troubles parétiques. Les suppurations provoquent au niveau de la tranche de section des désordres qui compromettent eux aussi la vitalité des tissus : ce sont des phénomènes de nécrose des aponévroses et de myosite scléreuse atrophiante. Les hématomes viennent encore retarder et affaiblir la résistance de la cicatrice.

Après la fermeture de la paroi, nous trouvons une cicatrice fine, flasque, présentant des troubles trophiques et vasomoteurs. Troubles d'origine nerveuse, dus à la section ou à la prise dans la cicatrice de filets nerveux. L'orifice pariétal du drainage a été long à se fermer ; il a persisté pendant plusieurs semaines une suppuration de la plaie et la cicatrice apparaît fréquemment gaufrée, atone, adhérente aux plans profonds, constituant un point faible de la paroi. Le péritoine s'y enfonce en entonnoir sous l'effet de la pression abdominale, qui distend peu à peu ce mauvais tissu de cicatrice et la hernie se constitue. Elle est encore favorisée dans son apparition par l'asymétrie pariétale due à l'hypotonicité musculaire. La cicatrice, point de moindre résistance, soumis à une pression constante, à des efforts répétés se laisse peu à peu déprimer, puis distendre et l'éventration se constitue sur un terrain qui souvent se défend bien mal.

CHAPITRE II

LE DRAINAGE AU MICKULICZ

Historique.

Chaque fois qu'au cours d'une laparotomie le chirurgien se trouve en présence d'un foyer septique plus ou moins abondant, ou encore d'un suintement sanguin dont l'hémostase est impossible, il faut avoir recours au drainage. Malgré tous les inconvénients que nous lui reconnaissons, cette méthode met néanmoins le malade à l'abri de graves complications.

Dès les premiers pas de la Chirurgie, Ambroise Paré utilisant la force de capillarité de la gaze, recouvre les plaies septiques de grandes compresses auxquelles il donne le nom de « tentes »; en 1817, Dupuytren, reprenant l'idée de son illustre prédécesseur, conseille des pansements similaires pour lutter contre certaines hémorragies. C'est avec Koeberlé, en 1867, puis avec Lawson Tait, Bantock, Sutton et Hegar que nous voyons apparaître pour la première fois en chirurgie abdominale le drainage par des tubes de verre et en particulier par les tubes de Keith : tubes de verre terminés en cul-de-sac et perforés de trous sur toute leur longueur. Bientôt ces tubes rigides, instruments barbares, qu'il est malaisé d'assujettir au niveau du foyer de suppuration, se déplacent au moindre mouvement de l'opéré, provoquent des compressions, sont remplacés par des tubes souples en caoutchouc que Mac Burney conseille d'enfoncer dans le cul-de-sac de Douglas. Mais « ces drainages par tubes de verre ou de caoutchouc sont très aléatoires, car les coagulations fibrineuses peuvent obli-

térer leur orifice », constate le professeur Delbet, et l'évacuation des liquides exsudés que nous attendions d'eux n'est pas réalisée.

Et de même qu'en chirurgie générale, sous l'impulsion de Kehrer, Billroth, Hégar et des chirurgiens de l'Ecole allemande, le tamponnement des plaies à la gaze iodoformée ou phéniquée se substituait au drainage, de même en gynécologie l'idée vint à Mickulicz en 1884 de bourrer une partie de la cavité péritonéale avec de la gaze antiseptique de façon à séparer, grâce aux adhérences protectrices promptes à se former, la région tamponnée du reste de la séreuse. Ainsi se réalisait un véritable cloisonnement, isolant les parties menacées d'infection. D'autre part, ce tamponnement à la Mickulicz ne présentait pas le seul avantage d'être antiseptique, par son tassement il s'avérait puissamment hémostatique et cette seconde propriété lui a constitué de fréquentes indications.

Appliqué en France par Pozzi, ce procédé très violemment discuté et critiqué fut abandonné pendant quelques années, mais bientôt remis en honneur par le professeur Jean-Louis Faure qui, en 1919, le défendait brillamment à la Société de Chirurgie de Paris.

Actuellement ce mode de drainage qui a été quelque peu modifié est unanimement employé par tous les chirurgiens contemporains qui s'accordent à lui reconnaître un grand nombre de succès opératoires.

Technique du drainage au Mickulicz.

La méthode appliquée en 1884 par Mickulicz lui-même, puis introduite en France par Pozzi consiste dans un tamponnement antiseptique du péritoine. Mickulicz le décrit ainsi : « Je prends, dit-il, un morceau de gaze iodoformée de la dimension d'un grand mouchoir. Au milieu de celui-ci est solidement cousu un bon fil de soie. La partie intra-abdominale de l'opération étant terminée, on dispose le morceau de gaze en forme de blague à tabac, de façon que le fil soit en dedans, son extrémité fixe correspondant au fond et son extrémité

fibre sortant au dehors. On enfonce cette bourse avec une pince jusqu'au fond du bassin. Puis, on remplit la bourse avec de longues bandes de gaze, de façon que ses parois soient partout en contact avec la plaie. Le fil fixé au fond de la bourse sert à l'enlever en la retournant. »

Le professeur J.-L. Faure, grand vulgarisateur de cette méthode, qu'il défendit avec ardeur à la Société de Chirurgie de Paris, apporte quelques modifications à la technique primitive et précise que « le Mickulicz ne consiste pas dans 2 ou 3 mèches qu'on laisse dans le ventre et qui vont se promener n'importe où au milieu des anses intestinales, mais bien dans un sac extérieur muni d'un fil à sa partie profonde, qu'on bourre de mèches et de compresses, qu'on détamponne progressivement et dont on enlève le sac par retournement le dixième jour, ou plutôt lorsqu'il vient pour ainsi dire seul ».

Dans le service de Clinique chirurgicale de M. le professeur Guyot, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le Mickulicz employé ne diffère que par quelques détails du Mickulicz-type : l'iodoforme a été supprimé et cela avec raison, car il semble qu'un antiseptique violent risque d'amoindrir les moyens de défense d'un péritoine déjà fortement atteint ; en outre, le sac est constitué par une compresse péritonéale de 40 sur 40 cm. et non plus par une pièce de gaze taillée en rond de 55 cm. Enfin les mèches sont formées de 4 épaisseurs de gaze cousues ensemble et formant une lanière de 8 cm. de large et de 60 cm. de long qui nous paraissent infiniment plus pratiques que les 6 mèches du Mickulicz type qui mesuraient 2 m. 25 de long et 5 cm. de large. Pour plus de commodité, ces mèches sont taillées en biseau à l'extrémité qui est portée au contact du foyer à drainer, tandis que l'autre est terminée par un fil de soie qui lui est noué et sert à la repérer au milieu du pansement.

Comment pratique-t-on le drainage au Mickulicz ? La laparotomie étant terminée, une hémostase minutieuse et une bonne péritonisation faites, le chirurgien enfonce le sac de Mickulicz qui est plié en cornet et tenu à la pince courbe pour être enfoncé dans la cavité abdominale et étalé avec soin sur toutes les régions où du sang ou du pus suintent. Puis on

bourre soigneusement le sac avec les mèches en quantité suffisante pour tamponner et effacer les espaces morts. Si on redoute une grande quantité de liquide à drainer, on peut mettre aussi un drain de caoutchouc hors du sac.

Ceci fait, on referme la paroi en trois plans : péritoine et plan musculo-aponévrotique au surjet de catgut, suture cutanée par points séparés au crin. On s'efforcera de ne laisser au Mickulicz qu'un orifice le plus étroit possible et si l'on craint la possibilité d'une éventration, on peut placer un fil d'attente traversant les différents plans de la paroi au niveau du Mickulicz et que l'on serrera une fois le tamponnement enlevé, ainsi que le conseille le professeur Laroyenne.

Le Mickulicz nécessite des soins post-opératoires tout particuliers : c'est ainsi que dès le lendemain de l'opération, on refera le pansement en arrosant d'eau oxygénée le sac et les mèches. Cette manœuvre sera renouvelée chaque jour pendant 4 à 5 jours. Vers le 6e jour, on tire sur la première mèche et si elle vient, on l'enlève définitivement. On opérera de même pour les autres mèches.

Pour le sac, il ne faut pas se presser pour l'enlever : dès l'ablation des mèches on fera chaque jour des lavages à l'eau oxygénée, puis vers le 8 ou 9e jour, avec d'infinies précautions et beaucoup de tact, on essayera de décoller les bords du sac par des tractions douces sur la périphérie de la compresse et sur le fil de soie central. Le sac sera retiré, lorsqu'il viendra tout seul, pour employer l'expression du professeur J.-L. Faure. D'ailleurs, dans toutes ces manœuvres, il est bon de ne pas se presser si l'on veut qu'une péritonite plastique ait le temps de se constituer autour du tamponnement, créant le barrage protecteur recherché.

Le Mickulicz enlevé, nous prendrons encore mille précautions, car ce temps est particulièrement critique et c'est de lui que dépend l'avenir des opérés. Si la plaie suppure on fera un lavage à l'éther et on introduira dans l'orifice béant une mèche imbibée de Dakin. Si cette suppuration est très abondante, on utilisera un drain en gomme perforé qui facilitera l'écoulement du pus.

Si la plaie est nette, propre, nous nous contenterons de faire des pansements quotidiens.

Indications.

Le drainage au Mickulicz présente certes des inconvénients sérieux : il prolonge la cicatrisation de la plaie opératoire, il donne lieu à des cicatrices disgracieuses et faibles, il est générateur de fistules et d'hémorragies lors de l'ablation du sac, il est une source à échéance plus ou moins lointaine de douleurs durables et de phénomènes d'occlusion par les adhérences bienfaisantes qu'il crée; enfin, il favorise l'apparition des éventrations. Ces complications ne sont du reste pas l'apanage exclusif du drainage au Mickulicz et nous les voyons apparaître avec n'importe quel mode de drainage. Néanmoins ses indications sont très étendues car il permet, dans bien des cas, d'obtenir une guérison qui sans lui ne se serait jamais produite. Aussi pouvons-nous formuler de la façon suivante les indications principales de cette méthode :

1° *Le Mickulicz est indispensable* quand il existe dans la cavité péritonéale un foyer septique : pyosalpinx ou abcès appendiculaire perforé, lambeau de kyste, collection suppurée qui s'est ouverte au cours de l'opération; des lésions gangréneuses : un kyste de l'ovaire tordu sur son pédicule, un fibrome sphacélé — lésions du péritoine susceptibles de fournir une sécrétion infectieuse très redoutée après l'occlusion des parois abdominales — le pouvoir de résorption du péritoine étant fortement atteint.

Le Mickulicz constitue alors un excellent barrage entre deux zones péritonéales : l'une infectée, l'autre saine. En produisant une péritonite plastique, il transforme la zone infectée en une cavité close présentant une soupape de sûreté.

C'est au « Mickulicz de nécessité » que nous avons recours, drainage qui restera longtemps en place et qui constitue le type du Mickulicz à éventrations.

2° *Le Mickulicz est indiqué* quand, à la fin de l'opération, nous avons des surfaces dépéritonisées et suintantes, ou bien quand la séreuse a subi de grands délabrements par suite de la libération d'adhérences anciennes, quand l'hémostase n'est pas parfaite et fait redouter la persistance d'un suinte-

ment sanguin ou d'un saignement en nappe. On fait alors appel au rôle hémostatique du Mickulicz.

3° *Le Mickulicz est discutable* quand l'opération s'est prolongée et a nécessité des manœuvres laborieuses compromettant la tonicité de l'intestin et la vitalité de la séreuse qui le recouvre. Il s'agit souvent dans ce cas de sujets affaiblis, peu résistants, se défendant mal, dont l'anesthésie a été difficile. Chez ces malades, le Mickulicz est un excellent moyen de faire une opération courte et peu choquante. Enfin c'est un « Mickulicz de sûreté » que nous mettrons en place lorsque nous interviendrons pour un épanchement sanguin, une hématocèle, une grossesse extra-utérine qui pourrait s'infecter secondairement.

« Hémostase, drainage des régions infectées, leur exclusion de la grande séreuse, voilà, en résumé — comme l'affirme M. le professeur J.-L. Faure — le grand avantage de la méthode et les raisons et indications de son emploi » qui a réduit de façon considérable la mortalité dans certaines interventions abdominales.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Rappel clinique.

L'éventration du point de vue clinique est assez variable.

Tantôt elle est à peine perceptible, elle se devine, alors que la cicatrisation est à peine terminée. Le palper abdominal décèle une simple *faiblesse de la paroi*, un point faible au niveau de la cicatrice de laparotomie qui est mince, fibreuse, gaufrée, adhérente. La toux provoque un léger bombement de l'ensemble de la paroi sans qu'on puisse toutefois parler d'impulsion vraie. En aucun point de cette cicatrice on ne perçoit d'écartement musculaire et il n'est pas question d'orifice ou de trajet herniaire. Cette faiblesse de la cicatrice est le plus souvent très bien tolérée, l'opéré n'y prête aucune attention et elle est dans la majorité des cas une découverte d'examen ; ou bien l'opéré contraint à la station debout prolongée, à des efforts répétés, vient consulter pour une tension douloureuse du bas-ventre, pour une fatigue qu'il n'impute nullement à sa cicatrice mais qu'il met fréquemment sur le compte d'un mauvais état gastro-intestinal.

Dans ce cas, nous ne parlerons pas d'éventration quoique nous soyons obligés d'utiliser les mêmes moyens thérapeutiques pour soulager le malade.

Tantôt l'éventration est évidente et suivant son volume, son importance, son étendue, nous distinguerons la hernie ventrale et l'éventration totale. Ces deux formes sont d'apparition très variable : précoces, elles s'extériorisent dès que le drainage est enlevé et la cicatrisation terminée ; ou bien tardi-

ves et c'est un an, deux ans ou plusieurs années même après son intervention que le malade vient consulter pour une tumeur molle, flasque, siégeant au niveau de sa cicatrice.

La *hernie ventrale* est en général située à la partie inférieure de la cicatrice, au-dessus du pubis, au point où le drain a été posé et où la cicatrisation a été plus longue à se faire. A ce niveau, il existe un effondrement de la paroi, on note une béance des muscles droits désunis, elle est de forme circulaire ou triangulaire à base inférieure et permet l'introduction de un ou deux doigts. On observe parfois un véritable trajet herniaire : il y a eu pendant longtemps une petite fistule dont l'épiploon ou l'intestin est en train de prendre la canalisation. Le doigt introduit dans cet orifice ou dans ce trajet perçoit lors de la toux en même temps que l'impulsion intestinale, la constriction du pseudo-anneau herniaire. Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un simple orifice ou d'un trajet véritable, à l'état statique, à la suite d'un effort, ou dans la station debout, on aperçoit à ce niveau une tumeur plus ou moins marquée. Cette tumeur présente tous les caractères d'une hernie, elle est mate ou sonore à la percussion suivant son contenu, elle est réductible à la pression. Quel qu'en soit son volume au début, elle s'accroit très rapidement, l'anneau se laisse distendre de tous côtés, le sac herniaire augmente de volume atteignant des dimensions énormes et provoquant une gêne qui conduisent ce malade à la consultation.

A côté de la forme hernie ventrale, augmentant peu à peu de volume, il existe la forme *éventration totale*, occupant toute la longueur de la cicatrice, pouvant survenir d'emblée ou n'étant que l'aboutissement de la hernie sus-pubienne précédemment décrite. Dans ce cas, le malade étant couché sur le dos, les cuisses ramenées sur le bassin, on peut saisir à pleine main de part et d'autre de la tumeur, les muscles droits écartés l'un de l'autre de 2 à 5 cm. et formant comme une sangle de chaque côté, délimitant un orifice de forme allongée, losangique. Dans l'intervalle de ces deux cordes musculaires, la paroi abdominale est excessivement mince. Dans la station debout, les viscères sont immédiatement prolabés

dans le sac herniaire et parfois on voit se dessiner à travers la mince paroi du sac les anses intestinales distendues.

Dans tous les cas, la peau a perdu ses caractères normaux : on est en présence d'une cicatrice étalée, lisse, de coloration variant du blanc mat au rouge cuivre. En la plissant entre les doigts on se rend compte de sa minceur et l'on sent tantôt l'épiploon, tantôt l'intestin sous cette fine membrane dont l'épaisseur parfois ne dépasse pas 1 à 2 mm. Parfois au cours d'un palper minutieux on rencontre des points où les doigts qui la plissent sont séparés par plus de la double épaisseur de la paroi; il s'agit là d'adhérences intestinales ou épiploïques qui sont assez fréquentes.

L'évolution de ces éventrations est lente, mais on peut affirmer qu'elle est quasi-irrémédiablement progressive. Malgré cela et quel que soit leur volume, quelques-unes sont parfaitement supportées et un grand nombre de ces malades porteurs d'éventration ne sont vus qu'à l'occasion d'une autre maladie. Ces malades se bandent le ventre avec une ceinture de toile ou de flanelle, les autres avec une ceinture élastique, d'autres enfin maintiennent leur hernie avec un bandage orthopédique. Le plus souvent cette hernie est très mal contenue, cependant elle n'est pas douloureuse. A côté de ceux-ci, bien des malades viennent à nous parce qu'ils souffrent : ressentent des tiraillements, ne peuvent se livrer à aucun travail, présentent une sensation de pesanteur douloureuse dans le bas-ventre, qui sont dus à des adhérences intestinales. Ils viennent encore consulter parce qu'ils accusent des troubles digestifs : nausées, vomissements, ballonnement, constipation et parfois des signes d'occlusion intestinale ou d'étranglement. Enfin, en plus des troubles occasionnés par la hernie, il y a ceux qui relèvent de l'éventration : ce sont tous les troubles dus au relâchement de la paroi abdominale, au manque de soutien des viscères abdominaux, à la splanchnoptose décrite par Glénard, Féréol, Bouveret. Les manifestations pathologiques résultant de cette ptose viscérale, sont des phénomènes douloureux, des tiraillements, des douleurs à caractère paroxystique, que la marche, les secousses, les

efforts exagèrent mais que le repos et une bonne contention atténuent; ce sont encore des troubles gastro-intestinaux du type déjà cité, qui conduisent le malade à un état d'instabilité nerveuse neurasthénique.

OBSERVATIONS

Observation N° 1

(29177. *Hernie ventrale*)

Mme B. Fernande, 41 ans, s. p.

Opérée d'urgence en 1925 à St-André de *grossesse extra-utérine.* Laparotomie médiane sous-ombilicale et drainage par un Mickulicz qui reste en place quinze jours et est enlevé facilement. Cicatrisation lente de la paroi et lorsque la malade quitte l'hôpital après un séjour de deux mois, on note à la partie inférieure de la cicatrice, à l'emplacement du Mickulicz, un petit orifice de la paroi musculo-aponévrotique, laissant admettre le doigt, indolore, à bords nets, véritable collet. Au palper, on sent l'impulsion de la toux. La malade, sur les conseils du chirurgien, porte une ceinture.

Depuis 1927, sans cause apparente, l'orifice s'est distendu, admet le poing et il s'est extériorisé une hernie à contenu abdominal du volume d'une tête de fœtus. Cette hernie ne peut être contenue par la prothèse et la malade est décidée à se faire opérer.

Le 10 mai 1929 : intervention par le Dr Villar. Cure radicale. Bon résultat opératoire (petite suppuration de la plaie rapidement cicatrisée). Exitus dix jours après de collapsus cardiaque.

Observation N° 2

(31090. *Hernie ventrale*)

Mme A... Jeanne, 37 ans.

En 1931, cette malade entre dans le service pour métrorragies faisant porter le diagnostic de *Néo du Col.* Opérée le 20 novembre 1931, on pratique une hystérectomie, on fait un drainage abdominal par un Mickulicz à trois mèches et l'on met en place trois fils métalliques extrapéritonéaux. Excellents résultats opératoires. La malade quitte le service au bout de deux mois.

En avril 1932, la malade voit apparaître une tuméfaction molle,

indolore, du volume d'un poing, irréductible, siégeant à la partie moyenne de sa cicatrice. Cette hernie ventrale de petite taille, contenue par une ceinture, rend la marche très pénible (impossible sans ceinture). La malade refuse l'intervention qui lui est proposée.

En juin 1934 : Récidive de Néo.

Le 29 juillet 1934 : Opération de Cotte.

Observation N° 3

(32164. *Hernie ventrale*)

Mme Y... Germaine, 32 ans, ménagère.

Opérée le 5 mars 1930 *d'opération césarienne* (par M. le professeur Anderodias) nécessitant la mise en place de pinces à demeure (pendant cinq jours) et la pose d'un Mickulicz. Cette malade quitte le service en mai. Guérie, elle recommence son travail de ménagère et constate un mois après sa sortie de l'hôpital une éventration au niveau de la partie inférieure de sa cicatrice. Elle est opérée en juillet 1931 et, quinze jours après sa sortie, constate une récidive de son éventration au même endroit. Celle-ci se manifeste par des coliques, des douleurs lombaires, une fatigue intense au moindre travail. Cette malade n'a pourtant pas repris son ménage, et ne s'est livrée à aucun effort.

L'éventration siégeant à la partie inférieure de la cicatrice de laparotomie est du volume d'un gros œuf, mollasse et réductible. La réduction est indolore et se fait avec un glouglou caractéristique signant la nature intestinale du contenu.

La paroi abdominale étant particulièrement déficiente, on conseille à la malade de faire de la gymnastique avant de réintervenir.

Le 11 janvier 1932, le Dr Traissac pratique la cure radicale de l'éventration et, le 20 février, la malade sort guérie, munie d'une ceinture abdominale avec pelote au niveau du siège antérieur de l'éventration.

Observation N° 4

Hernie ventrale

Mlle A. Marguerite, 21 ans, domestique.

Opérée d'urgence, le 22 janvier 1935, pour un *abcès appendiculaire et un pyosalpinx droit* nécessitant la mise en place d'un Mickulicz. Dix jours après, le Mickulicz est enlevé et remplacé par un drain en caoutchouc, puis par des mèches. Peu à peu, la plaie se ferme et, vers le 1er mars, la cicatrisation est complète. Les suites

opératoires sont bonnes, la malade bien remise peut reprendre son travail trois mois environ après son intervention.

Au mois de juillet 1935, elle commence à souffrir au niveau de sa cicatrice et le docteur consulté constate la présence d'une tumeur du volume d'une noix, d'aspect inflammatoire, siégeant à la partie inférieure de la cicatrice de laparotomie, douloureuse à la pression. Traités par des cataplasmes d'antiphlogistine, les phénomènes inflammatoires tournent court et quinze jours après la malade peut reprendre son travail.

Mais, vers le 23 février, apparition de phénomènes du même ordre, avec douleur spontanée et provoquée au niveau de la cicatrice, tuméfaction profonde du volume d'un œuf, sans rougeur de la peau. Et, à nouveau, sous l'effet des cataplasmes, les phénomènes régressent, et c'est dans ces conditions que la malade entre dans le service.

— A l'examen : Présence d'une incision oblique sur la paroi abdominale à droite, au ras de l'épine iliaque antéro-supérieure à type incision de Roux, longue de 13 cm. et déprimée à sa partie inférieure.

Au palper, on constate qu'elle est très adhérente aux plans profonds, surtout dans ses deux tiers inférieurs. A ce niveau, on trouve une petite tumeur allongée, ovalaire, régulière, résistante, douloureuse à la pression et siégeant dans la profondeur.

Elle n'est pas réductible. Cette tumeur subit l'impulsion de la toux, mais n'augmente pas de volume. Elle est mate à la percussion.

Il s'agit d'une éventration de la paroi siégeant sur une cicatrice d'appendicectomie.

Le 10 mars on intervient : cure radicale suivie de guérison. La malade sort vingt-trois jours après avec une bonne paroi.

Observation N° 5

Faiblesse de la paroi

Mme L... Marie, 45 ans, journalière. Salle 32, lit 4.

En 1928, cette malade subit une laparotomie médiane, sous-ombilicale avec drainage au Mickulicz pour *péritonite et appendicite*. Les suites de cette intervention sont normales, mais depuis cette époque la malade n'a cessé de souffrir : ce sont des douleurs siégeant dans la région sous-ombilicale médiane, sensation de barre transversale, gagnant bientôt tout l'abdomen. Ces douleurs s'irradient dans l'hypochondre droit et dans la région lombaire. Ces phénomènes douloureux apparaissent par crises durant sept à huit jours, sans vomissements, mais avec des nausées. On ne note pas de

fièvre, mais l'état général est très touché. Ces crises se renouvellent tous les mois, parfois deux fois par mois, jusqu'au mois de février 1934, date à laquelle la malade se met à souffrir de sa cicatrice et s'aperçoit qu'elle présente à la partie inférieure de celle-ci une tumeur molle, indolore, du volume d'un œuf. Les efforts provoquent des douleurs. Le repos améliore beaucoup l'état local. Cette malade n'a jamais eu de température et n'a pas cessé son travail. Elle accuse peu avant son entrée dans le service des vomissements glaireux et biliaires de faible abondance.

A l'examen : à 10 cm. du pubis, sur la ligne médiane au niveau de la cicatrice, on constate une tuméfaction oblongue, allongée dans le sens transversal, du volume d'un œuf. Lorsque la malade tousse cette tumeur augmente de volume.

Au palper, cette grosseur est molle, mate, réductible et présente un orifice profond admettant l'index. Le ventre est douloureux dans son ensemble sans point particulièrement sensible.

On ne note pas de défense de la paroi.

Le 21 février 1935 : M. le professeur Guyot, assisté de M. le docteur Villar, pratique sous anesthénie générale la cure radicale. Suites opératoires excellentes. La malade sort guérie le 29 mars.

Observation N° 6

Hernie ventrale

Mme M... Marie, 59 ans (salle 3, lit 27).

Opérée le 26 avril 1922 dans le service de M. le professeur Chavannaz d'hystérectomie totale avec drainage au Mickulicz. Les suites opératoires sont normales, la paroi semble parfaitement solide et la malade peut reprendre sa vie normale.

En 1924, notre opérée présente des troubles intestinaux se traduisant par des coliques qu'elle localise au niveau de la plaie, en même temps elle souffre de sa cicatrice et remarque l'apparition d'une tumeur entre les lèvres de la plaie. La malade, sur les conseils de son médecin, porte un serre-corps et, en 1926, elle se fait faire une ceinture spéciale. Malgré cela, la tumeur grossit jusqu'au volume actuel. Elle est devenue irréductible, n'a pas affecté l'état général qui reste satisfaisant.

— A l'examen, on se trouve en présence d'une tumeur sus-pubienne du volume d'une tête d'adulte, tendue, mate à la percussion, indolore, dont l'orifice profond circulaire a un diamètre de 10 cm. environ.

Le 6 avril 1934, sous rachianesthésie, on pratique une intervention pour cure radicale d'éventration. Pendant dix jours, la plaie opératoire suppure, et le 6 mai cette malade sort guérie.

Observation N° 7

Faiblesse de la paroi

M. B... Pierre, 64 ans, cultivateur.

En février 1936, cet homme est opéré d'urgence *d'appendicite aiguë*. A l'ouverture du ventre, on trouve un abcès appendiculaire perforé avec du pus dans la cavité péritonéale et une réaction péritonéale très accusée. On termine l'appendicectomie par un drainage au Mickulicz. La plaie opératoire est cicatrisée au bout d'un mois, le malade se lève, mais ne porte pas de ceinture, prétextant que « cela le gêne », malgré une paroi qui ne paraît pas très robuste.

En avril, cet homme ressent une gêne dans le bas-ventre, se fatigue facilement et constate sur sa cicatrice d'appendicectomie, au point où s'extériorisait le drainage, une tuméfaction du volume d'une noix. Cette tumeur augmente de volume et devient douloureuse après les repas surtout.

Le 27 novembre 1936, on intervient pour cette éventration : cure radicale, sans incidents. Bons résultats opératoires, le malade quitte le service guéri 15 jours après l'intervention.

Observation N° 8

Hernie ventrale

Mlle L... Juliette, 20 ans, sans profession.

Est opérée le 19 juin 1938 par le Dr Dufour pour un *dolichocolon*. Intervention difficile, suintement sanguin nécessitant l'emploi d'un Mickulicz. Les suites opératoires sont longues : il persiste une fistule qui se ferme spontanément et cette malade quitte l'hôpital fin octobre.

Mais bientôt elle constate au niveau de sa cicatrice la présence d'une tuméfaction qui augmente progressivement de volume et atteint celui d'un poing.

Le 13 septembre, cette jeune fille entre dans le service de M. le professeur Guyot et, le 14 septembre, est opérée par M. le docteur Loubat : cure radicale, difficile en raison des adhérences nombreuses. On reconstitue la paroi abdominale en trois plans et on ferme sans drainage.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

Observation N° 9

Faiblesse de la paroi

Mme veuve L... Jeanne, 59 ans, ménagère.

Subit une hystérectomie totale, pratiquée par M. le professeur Guyot en 1911 pour *myxome*.

Après son opération, la malade voit apparaître à la suite d'efforts une petite tumeur au-dessous du nombril sur sa cicatrice de laparotomie. Elle porte alors une ceinture qui lui permet de continuer son travail.

Cependant cette tumeur augmente et, en septembre 1937, cette femme fait une crise douloureuse abdominale accompagnée de vomissements, crise qu'elle compare à une crise d'étranglement herniaire. Elle réduisit elle-même son éventration, dit-elle, et tout rentra dans l'ordre.

Le 20 février 1938, nouvelle crise, plus intense, avec douleur violente, vomissements. Cette crise dure environ cinq heures. La malade réduit à nouveau son éventration et fait appeler son médecin qui lui conseille de voir un chirurgien et, le 12 mai, la malade entre dans le service, salle 28, lit 16.

— A l'examen, il s'agit d'une femme très grasse, à paroi abdominale très épaisse. Sur la cicatrice d'hystérectomie on note la présence d'une tumeur du volume d'une mandarine, molle, facilement réductible.

— Le 14 juin 1938, le Dr Chavannaz intervient, sous anesthénie générale à l'éther. Cure radicale difficile car la paroi est très déficiente et sa reconstitution anatomique particulièrement laborieuse. La guérison est retardée par une atteinte broncho-pulmonaire légère et par l'apparition autour de l'ombilic de placards douloureux d'épiploïte qui régressent sous l'influence de la glace.

Le 29 juin, on enlève les points et le 12 juillet la malade quitte le service guérie.

Observation N° 10

Faiblesse de la paroi

Mme B... Louise, 33 ans, cultivatrice.

Est opérée en 1934 pour une *grossesse extra-utérine*. On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale et on met un Mickulicz.

Un an après l'opération la malade constate l'apparition d'une hernie légère sur sa cicatrice opératoire qui est « toujours restée

très faible » dit-elle. Cette tumeur augmentant progressivement de volume et s'accompagnant de douleur, la malade entre à l'hôpital.

— A la palpation nous trouvons à trois travers de doigt au-dessus du pubis, une zone dépressible limitée par un bourrelet dur du diamètre d'une pièce de 20 francs. Les efforts provoquent à ce niveau l'apparition d'une hernie pouvant atteindre le volume d'une grosse orange. Tout autour la paroi paraît résistante.

Le 3 août 1938, le Dr Chavannaz intervient et pratique une cure radicale sous anesthésie générale à l'éther. Intervention difficile du fait de nombreuses adhérences épiploïques. Excellent résultat opératoire. La malade sort guérie le 17 août.

Observation N° 11

Faiblesse de la paroi

Mme M.., Joséphine, 60 ans, sans profession.

A été opérée d'urgence, le 2 novembre 1934, par le Dr Courriades *d'appendicite gangréneuse*. On met un Mickulicz qui est enlevé le onzième jour et, le 7 décembre, la malade sort de l'hôpital, la plaie n'étant pas tout à fait cicatrisée et souffrant de sa paroi abdominale.

En avril 1935, cette malade souffrant toujours subit quinze séances de diathermie qui ne donnent pas l'amélioration escomptée. Au mois de mai on lui ordonne le repos au lit et la glace et comme ce traitement ne donne aucun résultat, elle essaye les compresses chaudes sans la moindre amélioration et, là-dessus, vient à la consultation de gynécologie le 8 novembre. On constate une faiblesse de la paroi abdominale au niveau de la cicatrice et on fait entrer cette malade à l'hôpital.

— A l'examen : il s'agit d'une malade adipeuse pesant 74 kilogs, au ventre énorme rappelant le ventre de batracien des ascitiques. Le flanc droit présente une cicatrice d'incision de Roux. En faisant tousser la malade, celle-ci étant couchée, on ne voit pas grand' chose, mais la malade accuse une douleur dans la région de la cicatrice. Dans la station debout, on voit, à droite de la cicatrice, apparaître une grosseur traduisant la faiblesse de la paroi. On ne constate pas d'ascite. La région située autour de la cicatrice est douloureuse dans un rayon de dix à 12 centimètres. Le ventre est flasque et mou.

— Le 13 décembre 1935, on intervient. Cure radicale d'éventration, opération facile, sans incident opératoire. Les suites opératoires sont prolongées, la malade ayant fait un peu de congestion des bases. Le 24 février 1936, cette malade sort guérie. Etant donné la mauvaise paroi, on conseille le port d'une ceinture qui est très bien supportée.

Observation N° 12

Éviscération

Mme F... Charlotte, 40 ans, cultivatrice.

Entre dans le service le 20 décembre 1934 avec le diagnostic de *métroannexite droite*. Le 17 janvier 1935, M. le professeur Guyot pratique une hystérectomie subtotale, intervention difficile par la présence de nombreuses adhérences péritonéales et terminée par un Mickulicz. Les suites opératoires immédiates ne sont pas brillantes : le 19 janvier on constate l'apparition d'une parotidite gauche traitée par des sangsues et un abcès de fixation et, le 2 janvier, un pouls à 104, une température à 39° 2 et une douleur légère dans le mollet droit font craindre une phlébite qui ne se précise pas.

Le 30 janvier le Mickulicz est enlevé et, dans la soirée, la malade ressent une très vive douleur, qu'elle compare à une déchirure. On défait le pansement et on se trouve en présence d'une éviscération de la partie inférieure de la cicatrice au niveau de l'orifice du Mickulicz. Le Dr Traissac intervient aussitôt, reconstitue une bonne paroi, suture aux fils de bronze et met en place un bandage de corps très serré. Le 26 mars 1935, la malade quitte l'hôpital guérie.

Résultats et critiques.

L'étude de la Statistique du service de Clinique chirurgicale de M. le professeur Guyot nous permet d'affirmer que l'éventration, après le drainage au Mickulicz, est une complication exceptionnelle. Reprenant toutes les observations des malades de 1929 à 1939 (Cliniques chirurgicales, salles 31-32), nous constatons qu'il a été fait un large emploi de ce mode de drainage : 149 malades ont bénéficié de cette méthode, tandis que nous avons vu apparaître sur les cicatrices de laparotomie 27 éventrations seulement, se décomposant de la façon suivante : 10 faiblesses de la paroi, 15 hernies ventrales et 2 éventrations totales. Ce qui ne représente qu'un pourcentage de 18,2 éventrations pour 100 Mickulicz.

Ces éventrations ne sont du reste pas imputables au seul Mickulicz; nous avons passé en revue toutes les causes qui prennent part à sa constitution et nous avons signalé combien elles sont nombreuses. Si tant est que le drainage tienne

une grande place dans l'étiologie des éventrations, il n'en reste pas moins que le Mickulicz n'est pas le seul coupable. Les drainages par mèches ou drains exposent eux aussi aux éventrations et pour certains auteurs ces modes de drainage seraient générateurs de complications post-opératoires.

Il est néanmoins un fait certain, c'est que le Mickulicz retarde notablement le moment de la convalescence, mais il est alors employé dans des cas graves, et alors il ne faut peut-être pas lui reprocher trop farouchement de retarder de quelques jours une guérison qui, sans lui, ne se serait jamais produite. Les résultats permettent d'apprécier la méthode de drainage au Mickulicz, car il donne des guérisons inespérées. « Certes, dit le professeur J.-L. Faure, les malades se lèvent un peu plus tard que lorsqu'il y a une réunion immédiate, mais ils se lèvent en plus grand nombre, car, parmi eux, sans Mickulicz, certains seraient certes couchés pour toujours ».

STATISTIQUE DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

	1929				1930				1931				1932				1933				1934				1935				1936				1937				1938				1939			
	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration.	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration	Mickulicz	Faiblesse	Hernie v.	Eventration
Appendicite													1												1				5	1			2		1		2							
Cancer	1				2						1		1				1		1		2		2		1								3				2		1		2	1		
Cholécystite																																	1											
Dolichocolon																																												
Fibrome	3				1								1				1				1						1		1				1					1			2			
Grossesse extra-utérine	2		1		1				4				1												1								1				1			1				
Kyste (petit Bassin. Douglas)	1								1																																		
Kyste ovaire. Parovaire	2				1				4				1						1			1			3					1			2					1						
Métroannexite	5				11				3				5				1				3				1			1	4				9				3			3				
Opération césarienne															1				1																									
Péritonite Pelvipéritonite	1				1				2				3				1				1						1	1						2						1					
Splénomégalie																													1															
Tumeur pararénale																																									1				
Mickulicz	16				17				15				14				7				10				14				13				22				12				10			
Faiblesse de la paroi																	1				1				3				2								3				1			
Hernie ventrale			1								1				1		3				2				3										1		2				1			
Eventration totale																									1												1							

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

L'éventration constituée, quelle sera notre conduite ? Elle variera avec l'âge de nos opérés, le volume et la tolérance de l'éventration, avec la condition sociale du malade.

Aux uns : sujets âgés, fatigués, cardiaques, incapables de supporter une anesthésie générale, ou sujets ayant une existence sédentaire et qui présentent une hernie de petite dimension, sans troubles trop accusés, nous proposerons un *Traitement orthopédique* si l'éventration est réductible et si elle n'a pas tendance à augmenter de volume. Le port d'un bandage, fait sur mesure, bien adapté aux formes du corps, enserrant toute la paroi abdominale du pubis aux fausses côtes, réalisant une bonne contention, est l'idéal. Porté constamment au cours de la journée, il ne sera enlevé que le soir au coucher. Cette ceinture en tissu résistant servira d'appui à la paroi déficiente dans sa lutte de tous les instants contre la pression abdominale et, malgré les critiques apportées à cette méthode, que l'on accusait de produire une atrophie de la cicatrice et d'amoindrir la résistance, il nous semble que ses avantages ne sont plus à démontrer.

Le bandage constitue en outre un excellent moyen prophylactique et bon nombre d'opérés ayant subi une laparotomie avec drainage au Mickulicz seraient exempts de cette complication s'ils avaient suivi les prescriptions du chirurgien qui leur conseillait le port d'un bandage.

A tous les autres, et en particulier aux éventrés obligés de travailler, de faire des efforts, à tous ceux qui présentent de volumineuses éventrations ayant tendance à augmenter sans

cesse, à ceux qui souffrent, qui font des accidents intestinaux d'occlusion, nous conseillerons un *traitement chirurgical* : la cure radicale de l'éventration. Dans le service de M. le professeur Guyot la technique employée est la suivante :

Sous anesthésie générale on fait une incision circonférentielle autour de la masse herniée. On incise le tissu cellulaire sous-cutané en faisant une hémostase soignée. Puis on pratique une ouverture circulaire du sac et on pénètre dans le ventre. Fréquemment le grand épiploon est adhérent à la face postérieure du sac et l'on est conduit à le réséquer. On résèque ensuite le sac et on referme le péritoine par un surjet au catgut n° 2. On incise alors les deux côtés de la brèche et on va chercher les muscles droits. On suture les aponévroses des muscles droits aux crins perdus par points séparés et les muscles par des points en U au catgut. On met un léger drainage filiforme sur le plan musculo-aponévrotique, puis on fait la suture cutanée par des points séparés au crin.

Les suites opératoires sont toujours excellentes. Au bout de 10 à 15 jours le malade peut se lever avec une bonne paroi et reprendre une vie normale.

CONCLUSION

Dans toutes les infections chirurgicales graves de l'abdomen, après les opérations longues et laborieuses, quand il y a du pus et des surfaces qui saignent, le drainage au Mickulicz doit être considéré comme l'idéal.

Toutefois l'emploi de ce mode de drainage retardant la consolidation de la paroi crée un point faible qui chez certains sujets adipeux, amaigris, à mauvaise paroi devient sous l'effet de causes toujours liées à un effort, le point de départ d'hernies ventrales et d'éventrations apparaissant plus ou moins précocement au niveau de la cicatrice de laparotomie.

Malgré les critiques apportées à la méthode, les éventrations après l'emploi du Mickulicz sont la rareté, et en aucun cas la crainte de l'éventration ne doit faire écarter ce mode de drainage. Comme le dit J.-L. Faure : « Qu'est-ce qu'une éventration ? Qu'est-ce que dix éventrations à côté d'une mort ? Et si dix Mickulicz inutiles me donnant dix éventrations me permettent d'éviter une seule mort, je mettrais ces dix Mickulicz d'un cœur reconnaissant ».

L'éventration dont la gravité est en rapport avec la largeur, dont l'évolution progressive transforme les opérés en de véritables infirmes et parfois provoque des complications fatales, sera opérée précocement. Les indications thérapeutiques seront tirées de l'âge du malade, de sa condition sociale, de la forme et du volume de l'éventration, de la façon dont elle est supportée.

Suivant les cas nous aurons recours à l'un des deux modes de traitement suivant : Ceinture orthopédique, cure radicale chirurgicale.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 31 juillet 1940.
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

Aquaviva. — *Les éventrations post-opératoires*, thèse Montpellier, 1921.

Auche et **Chavannaz**. — *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 1897.

Aufray. — « A propos du Mickulicz » (*Bulletin de la Société nationale de Chirurgie*, 3 juillet 1926).

Baumgartner. — *Chirurgie orthopédique et réparatrice*, tome I, p. 631.

Berge. — *Etude critique du drainage à la Mickulicz en chirurgie abdominale gynécologique*, thèse Bordeaux, 1926-27.

Bergougnoux. — *Des avantages du drainage à la Mickulicz dans certaines hystérectomies difficiles*, thèse Bordeaux, 1929.

Bonavita. — *Contribution à l'étude de la pathogénie, prophylaxie et traitement des éventrations post-opératoires*, thèse Lyon, 1895.

Brugeas. — *Cure radicale d'éventration*, thèse Bordeaux, 1919.

Chalier. — Congrès de chirurgie, 5 octobre 1928.

Condamin. — Congrès international de gynécologie et obstétrique, Genève, 1896 (*Annales de gynécologie*, sept. 1896, p. 372).

Delbet. — Congrès de chirurgie, 1898 (*Annales de gynécologie Réflexions sur le drainage du péritoine*, 1890).

Didier (Jean). — *Eventration médiane post-opératoire*, thèse Paris, 1923.

Doleris. — « Leçon clinique sur l'éventration post-opératoire » (*La Gynécologie*, 1897, p. 396).

Faure (J.-L.). — *Chirurgie des annexes de l'utérus*, Paris, 1902.

— *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 2 juillet 1919, p. 1019 à 1030 et 1038 à 1050. Discussion : Delbet, Quenu, J.-L. Faure.

— « Le drainage systématique à la Mickulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col utérin », *Société d'obstétrique et de gynécologie*, séance du 10 décembre 1923.

— *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 14 mai 1924, p. 613. Discussion : sur l'emploi systématique du drainage à la Mickulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col.

— *Pathologie chirurgicale générale*, Baillière, 1926.

— Congrès de chirurgie, 1927 et 1928.

Faure (J.-L.) et **Siredey**. — *Traité de chirurgie médico-chirurgicale.*

Forgue et **Reclus**. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, Masson, 1898.

Guiry. — *Contribution à l'étude de la cure chirurgicale des éventrations abdominales*, thèse Montpellier, 1926-27.

Hartmann. — *Société de chirurgie de Paris*, 1926. Discussion.

— Congrès de chirurgie, 1927.

Labadie-Lagrave. — *Gynécologie.*

Labbé. — *De l'éventration post-opératoire avec indications bibliographiques antérieures à* 1900, thèse Paris, 1907.

La Torre. — Congrès de Genève, 1896.

Lecène et **Leriche**. — *Thérapeutique chirurgicale.*

Le Dentu et **Delbet** (P.). — *Traité de chirurgie clinique et opératoire.* Article de Forgue et Massabuau relatif au drainage abdominal (Baillière, 1916).

Lejars.— *La valeur pratique du drainage abdominal*, 17 janvier 1912.

Leplay et **Fabre**. — « Recherches sur le mécanisme de la défense du péritoine à l'égard des corps étrangers » (*Bulletin de la Société de Biologie*, 25 nov. 1911, 6 déc. 1911).

Lognos. — *Le drainage en gynécologie*, thèse Montpellier, 1912-13.

Madrid. — « Pourquoi nous employons la technique du drainage à la Mickulicz de J.-L. Faure » (*Presse médicale*, n° 77, 26 septembre 1925).

Millot. — *Contribution à l'étude de l'éventration consécutive au drainage à la Mickulicz. Moyens d'y remédier*, thèse Lyon, 1901-02.

Nicolas. — *Contribution à l'étude critique du drainage au Mickulicz dans l'appendicite suppurée et les abcès péri-appendiculaires*, thèse Bordeaux, 1930.

Niel. — « La technique du tamponnement à la Mickulicz », *Presse médicale*, n° 23, 21 mars 1925.

Pozzi. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire* (Masson, 1897, p. 83 à 87).

— *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, mars 1901.

Sapiejko. — *Revue de chirurgie*, février 1900.

Savariaud. — Congrès de chirurgie, 1900.

Stephant. — *Complications des éventrations post-opératoires*, thèse Bordeaux, 1906.

Tournemelles. — *L'éventration post-opératoire*, thèse Paris, 1900.

Bulletin de la Société de Chirurgie, années 1885-86-87. « Discussion sur le drainage ».

Encyclopédie médico-chirurgicale : « Eventration », 2014, p. 1.

Bordeaux. — Impr. Bière, 18, rue du Peugue. — 1940.